ISSN 2079-0325
DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325

Український вісник психоневрології

Ukraïns'kij vìsnik psihonevrologìï

• Том 34, випуск 2 (127), 2026
• Volume 34, issue 2 (127), 2026
DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V34-is2-2026

Український вісник психоневрології

Ukraïns'kij vìsnik psihonevrologìï

Засновник: ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ ІМЕНІ П. В. ВОЛОШИНА НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
Співзасновник: ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ»
Founder: STATE INSTITUTION "P. V. VOLOSHYN INSTITUTE OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND NARCOLOGY"
Co-founder: PUBLIC ORGANIZATION "ASSOCIATION OF NEUROLOGISTS, PSYCHIATRISTS AND NARCOLOGISTS OF UKRAINE"

Рецензований науково-практичний медичний журнал
Peer-reviewed scientific and practical journal of medicine

Заснований у вересні 1993 р.
Founded in September, 1993

Періодичність — щокварталу
The journal is published quarterly

Журнал внесений до переліку наукових фахових видань України категорії Б, в яких публікуються результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора наук та доктора філософії за галуззю медичні науки (наказ МОН України від 11.06.2026 р. № 928).
Кластер наукового фахового видання та галузі знань: Біологія, біотехнології, медицина та реабілітація. Спеціальність: І2 Медицина

The journal is included in the list of specialized scientific publications of Ukraine category B, in which the results of dissertations for the degrees of doctor of sciences and doctor of philosophy in the field of medical sciences can be published (order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated 11 June 2026, No. 928).
Cluster of scientific professional publication and field of knowledge: Biology, biotechnology, medicine and rehabilitation. Specialty: I2 Medicine

Головний редактор
МАРУТА Наталія

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:
Венгер Олена (Тернопіль, Україна)
Волошина Наталія (Харків, Україна)
Кожина Ганна (Харків, Україна) — ***заступник головного редактора***
Лінський Ігор (Харків, Україна)
Маркова Маріанна (Харків, Україна)
Мішиєв Вячеслав (Київ, Україна)
Міщенко Владислав (Харків, Україна)
Міщенко Тамара (Харків, Україна)
Овчаренко Микола (Рівне, Україна)
Огоренко Вікторія (Дніпро, Україна)
Паєнок Анжеліка (Львів, Україна)
Пашковський Валерій (Чернівці, Україна)
Ройніч Кузман Мартіна (Загреб, Хорватія)
Танцура Людмила (Харків, Україна)
Федченко Вікторія (Харків, Україна) — ***відповідальний секретар***
Чконія Ека (Тбілісі, Грузія)
Шестопалова Людмила (Харків, Україна)
Шкробот Світлана (Тернопіль, Україна)

Chief Editor
MARUTA Nataliya

EDITORIAL STAFF:
Venger Olena (Ternopil, Ukraine)
Voloshyna Nataliia (Kharkiv, Ukraine)
Kozhyna Hanna (Kharkiv, Ukraine) — ***deputy chief editor***
Linskiy Igor (Kharkiv, Ukraine)
Markova Marianna (Kharkiv, Ukraine)
Mishyiev Viacheslav (Kyiv, Ukraine)
Mishchenko Vladyslav (Kharkiv, Ukraine)
Mishchenko Tamara (Kharkiv, Ukraine)
Ovcharenko Mykola (Rivne, Ukraine)
Ogorenko Viktoriia (Dnipro, Ukraine)
Paienok Anzhelika (Lviv, Ukraine)
Pashkovskyy Valeriy (Chernivtsi, Ukraine)
Rojnic Kuzman Martina (Zagreb, Croatia)
Tantsura Liudmyla (Kharkiv, Ukraine)
Fedchenko Viktoriia (Kharkiv, Ukraine) — ***executive secretary***
Chkonia Eka (Tbilisi, Georgia)
Shestopalova Liudmyla (Kharkiv, Ukraine)
Shkrobot Svitlana (Ternopil, Ukraine)

Журнал представлений у міжнародних базах даних: **Google Scholar, WorldCat, Crossref**

The journal is presented in international periodicals, bibliographic and scientometric international databases, such as: **Google Scholar, WorldCat, Crossref**

Том 34, випуск 2 (127)
Харків, 2026



АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:
вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України».

Адреса сайту журналу: www.uvnpn.com.ua

ADDRESS OF EDITORSHIP:
46, Academician Pavlov Str., Kharkiv, Ukraine, 61068, SI "P. V. Voloshyn Institute of neurology, psychiatry and narcology of the NAMS of Ukraine".

Web-site of the journal: www.uvnpn.com.ua

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.

Certificate for state registration
KV № 16345-4817PR, dated 10 Feb, 2010

Цей випуск рекомендовано до друку вченою радою ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина НАМН України» (протокол № 6 від 16.06.2026 р.)

This issue approved for publication by the Academic Council of SI "P. V. Voloshyn Institute of neurology, psychiatry and narcology of the NAMS of Ukraine" (protocol no. 6 dated 16 June, 2026)

УДК: 616.89-008.48:355.01-06:616.89-008.454:616.89-008.441.44 DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V34-is2-2026-4

Г. М. Кожина, К. О. Зеленська, І. О. Черненко, В. М. Івчук

ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ТА СУЇЦИДАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ ПРИ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИХ СТАНАХ У ХВОРИХ З ДОСВІДОМ БОЙОВОГО СТРЕСУ

H. Kozhyna, K. Zelenska, I. Chernenko, V. Ivchuk

ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS AND SUICIDAL TENDENCIES IN STRESS-ASSOCIATED CONDITIONS IN PATIENTS WITH COMBAT STRESS EXPERIENCE

Ключові слова: *стрес-асоційовані розлади, військовослужбовці, суїцидальна поведінка, суїцидальний ризик, бойовий стрес*

У процесі роботи обстежено 115 військовослужбовців із верифікованими стрес-асоційованими розладами: посттравматичним стресовим розладом (30,4 %), розладами адаптації (14,8 %), панічним розладом (15,7 %), генералізованим тривожним розладом (18,3 %) та депресивним епізодом (21,7 %).

Встановлено, що провідною психопатологічною закономірністю стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців є виражена коморбідність тривожних і депресивних порушень у всіх нозологічних групах. Виявлено високу суїцидальну небезпеку досліджуваної когорти: суїцидальні спроби верифіковано у 31,3 % пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, суїцидальні рішення та наміри — у 42,6 % пацієнтів із депресивним епізодом. Найбільш несприятливий суїцидологічний профіль встановлено при посттравматичному стресовому розладі та депресивному епізоді, де високий рівень суїцидального ризику поєднується з низьким рівнем самосвідомості смерті як антисуїцидального бар'єра (72,2 % та 68,7 % відповідно). Систематизовано прогностичні фактори суїцидального ризику, що можуть бути підґрунтям для розроблення диференційованих скринінгових протоколів у системі психіатричної допомоги військовослужбовцям в умовах збройного конфлікту.

Keywords: *stress-associated disorders, military personnel, suicidal behavior, suicidal risk, combat stress*

A total of 115 military personnel with verified stress-associated disorders were examined: post-traumatic stress disorder (30.4 %), adjustment disorders (14.8 %), panic disorder (15.7 %), generalized anxiety disorder (18.3 %), and depressive episode (21.7 %).

It was established that the leading psychopathological pattern of stress-associated disorders in military personnel is a pronounced comorbidity of anxiety and depressive disorders across all nosological groups. A high suicidal risk was identified in the studied cohort: suicide attempts were verified in 31.3 % of patients with post-traumatic stress disorder, and suicidal decisions and intentions in 42.6 % of patients with depressive episode. The most unfavorable suicidological profile was found in post-traumatic stress disorder and depressive episode, where a high level of suicidal risk is combined with a low level of death self-awareness as an anti-suicidal barrier (72.2 % and 68.7 %, respectively). Prognostic factors of suicidal risk have been systematized, which may serve as a basis for the development of differentiated screening protocols in the psychiatric care system for military personnel in conditions of armed conflict.

Війна в Україні, що триває з 2014 року і набула повномасштабного характеру з лютого 2022 року, спричинила безпрецедентне психологічне навантаження на особовий склад Збройних Сил України. Тривале перебування в зоні бойових дій, постійна загроза життю та фізичній цілісності, переживання ситуацій бойового поранення та загибелі побратимів, участь у веденні вогневого контакту, вимушена розлука з родиною та втрата звичного соціального середовища, а також накопичена втома від хронічного стресу формують потужний і багатокомпонентний комплекс психотравматичних чинників. Сукупна дія цих чинників є кумулятивною, поглиблюючись із збільшенням тривалості служби та інтенсивністю бойових зіткнень, що створює умови для формування стійких патологічних змін у психічній сфері військовослужбовців. Клінічна складність цієї категорії пацієнтів зумовлена унікальною біопсихосоціальною природою бойової травми, значною гетерогенністю бойового досвіду та потребою поєднувати завдання лікування з вимогами збереження боєздатності [1—4].

© Кожина Г. М., Зеленська К. О., Черненко І. О., Івчук В. М., 2026

Стрес-асоційовані розлади у військовослужбовців охоплюють гетерогенну групу психопатологічних станів і характеризуються вираженою коморбідністю тривожних і депресивних порушень. Така коморбідність суттєво ускладнює диференціальну діагностику та знижує ефективність терапевтичних втручань, що зумовлює потребу системного клінічного вивчення цих станів в контексті українського збройного конфлікту [5; 6].

Вартий окремої уваги суїцидологічний вимір бойової психічної травми, оскільки суїцидальна поведінка є одним із найтяжчих та найбільш соціально значущих її наслідків. В Україні систематичні епідеміологічні дані щодо суїцидальності серед ветеранів лише починають накопичуватись, однак як вітчизняний клінічний досвід, так і міжнародні дані однозначно свідчать про істотно підвищений ризик суїцидальної поведінки у цій групі. За цих умов своєчасна ідентифікація суїцидального ризику, розроблення диференційованих підходів до його корекції та психосоціальна реінтеграція військовослужбовців набувають статусу пріоритетних завдань військової психіатрії в Україні [7—9].

Мета дослідження — комплексна клініко-психопатологічна та суїцидологічна характеристика стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців — учасників бойових дій для вдосконалення підходів до їх діагностики та своєчасного виявлення суїцидального ризику.

У дослідження було включено 115 військовослужбовців — учасників бойових дій, які проходили стаціонарне або амбулаторне лікування у психіатричних закладах в умовах воєнного часу. Серед обстежених переважали чоловіки — 78 осіб (67,8 %), жінки становили 37 осіб (32,2 %), що відображає загальну гендерну структуру особового складу Збройних Сил України. Середній вік учасників дослідження становив 35,6 ± 8,1 років. Критеріями включення до дослідження були: проходження військової служби та безпосередня участь у бойових діях, наявність верифікованого діагнозу стрес-асоційованого розладу, добровільна інформована згода на участь у дослідженні. Критеріями виключення слугували наявність тяжкої соматичної патології, органічного ураження головного мозку та психотичних розладів.

Клінічна структура стрес-асоційованих розладів у обстежених була представлена такими нозологічними одиницями відповідно до критеріїв МКХ-10: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — 30,4 % обстежених, розлади адаптації — 14,8 %, панічний розлад — 15,7 %, генералізований тривожний розлад (ГТР) — 18,3 % та депресивний епізод — 21,7 %. Верифікацію діагнозів здійснювали на підставі клініко-психопатологічного методу з використанням стандартизованих діагностичних критеріїв.

Для комплексної психодіагностики застосовували набір валідизованих психометричних інструментів. Вираженість симптомів ПТСР оцінювали за допомогою Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу та клінічно адміністрованої шкали ПТСР (Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS). Рівень тривоги та депресії визначали за клінічними шкалами тривоги і депресії Гамільтона (HAM-A та HAM-D) і госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS). Ситуативну та особистісну тривожність оцінювали за шкалою Спілбергера — Ханіна. Суїцидологічне обстеження включало оцінення суїцидального ризику, визначення рівня самосвідомості смерті як антисуїцидального бар'єра та серйозності суїцидальних намірів за Колумбійською шкалою (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS).

Статистичне оброблення отриманих даних проводили з використанням методів описової статистики та критерію χ^2 Пірсона для оцінювання статистичної значущості міжгрупових відмінностей. Відмінності вважали статистично достовірними при $p < 0,05$. Оброблення даних здійснювали із використанням стандартних пакетів статистичного аналізу.

Аналіз синдромологічної структури ПТСР у обстежених військовослужбовців виявив переважання дисфоричного синдромокомплексу, який діагностовано у 40,0 % пацієнтів. Тривожний варіант перебігу встановлено у 35,7 % обстежених, астенічний — у 22,6 %, тоді як соматоформний синдромокомплекс мав найменшу питому вагу — 1,7 %.

Психометрична оцінка за Міссісіпською шкалою ПТСР підтвердила наявність клінічно значущих ознак розладу у 70,4 % військовослужбовців із верифікованим діагнозом ПТСР, що свідчить про високий ступінь маніфестації психопатологічної симптоматики в досліджуваній групі.

Ретельний аналіз вираженості діагностичних критеріїв ПТСР за шкалою CAPS виявив переважання екстремального ступеня тяжкості за більшістю оцінюваних параметрів. Критерій *A* (наявність травматичної події) був верифікований на рівні важкого ступеня у 35,7 % та екстремально важкого — у 64,3 % пацієнтів. Симптоматика інтрузії (критерій *B*) в екстремально вираженій формі спостерігалась у 53,9 % обстежених; симптоми уникнення (критерій *C*) важкого ступеня — у 32,2 % та екстремально вираженого — у 55,7 %. Негативні когніції та емоційні порушення (критерій *D*) досягали екстремального рівня у 56,5 % випадків, гіперзбудливість (критерій *E*) — у 57,4 %, а порушення психосоціального функціонування (критерій *G*) важкого ступеня зафіксовано у 31,3 % та екстремального — у 51,3 % пацієнтів.

Статистичний аналіз підтвердив достовірне переважання екстремального ступеня вираженості за всіма діагностичними критеріями ПТСР: критерій *A* ($p = 0,0006$), критерії *B*, *C*, *D*, *E*, *F* та *G* ($p < 0,0001$ для кожного), що однозначно свідчить про тяжкий клінічний перебіг розладу у досліджуваній когорті військовослужбовців.

Оцінювання коморбідної емоційної патології виявило переважання важкого депресивного епізоду у 51,3 % та важкого тривожного епізоду у 54,8 % пацієнтів із ПТСР за шкалами Гамільтона (HAM-D та HAM-A відповідно). Госпітальна шкала тривоги і депресії підтвердила клінічно значущі прояви тривоги у 54,8 % та депресії у 72,2 % обстежених. За шкалою Спілбергера — Ханіна встановлено високі рівні як ситуативної (68,7 %), так і особистісної (58,3 %) тривожності, що відображає стійке порушення емоційної регуляції у військовослужбовців із ПТСР.

Провідними клінічними проявами розладів адаптації у обстежених військовослужбовців були емоційно-афективні порушення тривожно-депресивного спектра. Серед найбільш поширених симптомів виявлено: почуття тривоги (87,0 %), знижений фон настрою (84,3 %), внутрішнє напруження та немотивоване занепокоєння (82,6 %). Одночасно із провідною тривожно-депресивною симптоматикою у значної частини пацієнтів спостерігались астенічні прояви (66,1 %), негативне емоційне забарвлення переживань (59,1 %), нав'язливі страхи та побоювання (52,2 %). Менш представленими, проте клінічно значущими були підвищена вразливість (35,7 %) та сумніви у правильності прийнятих рішень і дій (32,2 %).

Аналіз варіантів психопатологічної симптоматики виявив незначне переважання тривожного варіанту перебігу у 55,7 % проти депресивного у 44,3 % обстежених, що відображає специфіку реагування на хронічний бойовий стрес у цій нозологічній групі.

Психометричне оцінювання підтвердило помірний ступінь вираженості емоційних порушень. За шкалами

Гамільтона у 47,0 % пацієнтів встановлено помірний депресивний та помірний тривожний епізоди. За госпітальною шкалою тривоги і депресії виявлено переважання субклінічного рівня тривоги (67,8 %) та депресії (60,0 %), що свідчить про відносно менш виражену афективну патологію як порівняти з іншими нозологічними групами. За шкалою Спілбергера — Ханіна зафіксовано помірні рівні ситуативної (53,0 %) та особистісної (60,0 %) тривожності, що свідчить про збережений адаптаційний потенціал у більшості пацієнтів цієї групи.

Клінічна картина панічного розладу у обстежених військовослужбовців визначалась домінуванням повторюваних непередбачуваних нападів інтенсивної тривоги, які верифіковано у переважної більшості пацієнтів (93,0 %). Психопатологічне ядро нападів становили відчуття надзвичайного страху (62,6 %) та суб'єктивне переживання смертельної загрози і небезпеки (56,5 %). Характерною особливістю панічних атак був виражений вегетативний складник: тахікардія реєструвалась у 90,4 % пацієнтів, відчуття задухи — у 69,6 %, кардіалгії — у 49,6 %, терморегуляторні порушення — у 47,0 % обстежених. Окремо слід відзначити підвищену сенсибілізацію до зовнішніх подразників у 40,0 % пацієнтів, яка найбільш виражено проявлялась у пресомнічний період та під час засинання, що суттєво погіршувало якість сну.

Результати психометричного обстеження свідчили про поєднання помірної депресивної та вираженої тривожної симптоматики. За шкалами Гамільтона встановлено переважання помірного депресивного епізоду (HAM-D, 50,4 %) на тлі важкого тривожного епізоду (HAM-A, 55,7 %). HADS підтвердила клінічно значущі прояви тривоги у 61,1 % та субклінічний рівень депресії у 55,7 % пацієнтів. За шкалою Спілбергера — Ханіна виявлено надмірні рівні як ситуативної (67,8 %), так і особистісної (55,7 %) тривожності, що свідчить про стійку схильність до тривожного реагування як особистісну характеристику пацієнтів цієї групи.

Провідною ознакою генералізованого тривожного розладу у обстежених військовослужбовців була стійка, важко контрольована тривога, що верифікована у 95,7 % пацієнтів та визначала весь характер клінічної картини розладу. Постійна психічна напруженість спостерігалась у 89,6 % обстежених, невиправдане занепокоєння та полохливість — у 80,9 %, немотивовані негативні передчуття — у 66,1 % пацієнтів. Поведінкові прояви тривоги були представлені метушливістю та неспокійними рухами (68,7 %), психогенною задухою (52,2 %) та тремором верхніх кінцівок (45,2 %). Характерним супутнім симптомом були порушення сну, переважно у формі інсомнії із труднощами засинання, що відзначались у 59,1 % пацієнтів цієї групи.

Психометричне оцінювання виявило поєднання важких тривожних та депресивних порушень. За шкалами Гамільтона встановлено переважання як важкого тривожного (HAM-A, 65,2 %), так і важкого депресивного (HAM-D, 50,4 %) епізодів, що свідчить про виражену тривожно-депресивну коморбідність у пацієнтів з цим діагнозом. HADS підтвердила клінічно значущі прояви тривоги у 70,4 % та субклінічний рівень депресії у 50,4 % обстежених. За шкалою Спілбергера — Ханіна зафіксовано надмірні рівні ситуативної тривожності у 70,4 % та особистісної у 50,4 % пацієнтів, що відображає як гостре ситуативне реагування на бойовий стрес, так і стійкі особистісні тривожні риси.

Клінічна картина депресивного епізоду у обстежених військовослужбовців характеризувалась високою представленістю афективних, когнітивних та мотиваційних порушень. Універсальним симптомом був пригнічений фон настрою з афектом туги, що верифіковано у 98,3 % пацієнтів. Серед інших провідних проявів виявлено звуження кола інтересів (67,0 %), астенічну симптоматику з відчуттям хронічного виснаження (62,6 %), ангедонію (53,9 %) та ідеї самозвинувачення з відчуттям провини (51,3 %). Інтрузивні прояви у формі нав'язливих спогадів психотравматичних обставин зафіксовано у 34,8 % пацієнтів, психомоторна загальмованість — у 37,4 %, відчуття внутрішнього напруження з неможливістю розслабитись — у 36,6 % обстежених. Особливої клінічної значущості набуває висока питома вага суїцидальних проявів: пасивні та активні суїцидальні думки верифіковано у 47,0 % пацієнтів, суїцидальні спроби — у 27,8 %, що визначає депресивний епізод як нозологічну одиницю з найвищим суїцидальним навантаженням у досліджуваній когорті.

Аналіз варіантів психопатологічної симптоматики виявив гетерогенність клінічної структури депресивних розладів. Тривожний варіант перебігу встановлено у 34,8 % пацієнтів, тужливий — у 30,4 %, апато-адинамічний — у 22,6 %, тоді як сенесто-іпохондричний варіант мав найменшу питому вагу — 15,7 %. Переважання тривожного варіанту депресії узгоджується із загальною тенденцією до тривожно-депресивної коморбідності, характерної для всіх нозологічних груп досліджуваної когорти.

Психометричне оцінювання підтвердило тяжкість афективних порушень. За шкалами Гамільтона встановлено домінування важкого депресивного (HAM-D, 52,2 %) та важкого тривожного (HAM-A, 58,3 %) епізодів. HADS виявила клінічно значущі прояви депресії у 63,5 % та субклінічний рівень тривоги у 58,3 % обстежених. За шкалою Спілбергера — Ханіна зафіксовано помірні рівні ситуативної (58,3 %) та особистісної (52,2 %) тривожності, що на відміну від інших нозологічних груп свідчить про відносно менш виражену тривожну реактивність на тлі переважання власне депресивної симптоматики.

Оцінювання серйозності суїцидальних намірів за Колумбійською шкалою (C-SSRS) виявило принципово важливу закономірність: найвищий ступінь суїцидальної небезпеки зафіксовано саме у пацієнтів із ПТСР, де вкрай високий ризик суїцидальних дій встановлено у 45,2 % обстежених. Водночас суїцидальних намірів статистично достовірно не було у пацієнтів із ГТР (p = 0,0001), що визначає цю групу як найменш суїцидонебезпечну в досліджуваній когорті. Під час порівняльного оцінювання статистичної значущості різниці між рівнями серйозності суїцидальних намірів за Колумбійською шкалою не виявлено достовірних міжгрупових відмінностей у прояві вкрай високого рівня вираженості (p = 0,0771), високого рівня вираженості (p = 0,3905) та наявності суїцидальних

намірів (p = 0,9742). Загальна залежність між нозологічною належністю та рівнем серйозності суїцидальних намірів підтверджена міжгруповим χ^2-тестом (χ^2 = 35,243; p < 0,00042834; СС = 12; за поправкою Єйтса p = 0,00296), що дає змогу констатувати достовірну різницю між рівнями серйозності суїцидальних намірів у групах залежно від діагнозу.

Аналіз структури суїцидальних тенденцій виявив нерівномірний розподіл їх варіантів між нозологічними групами. Суїцидальні спроби найчастіше реєструвались у пацієнтів із ПТСР (31,3 %), тоді як суїцидальні рішення та наміри статистично достовірно переважали при депресивному епізоді (42,6 %). Пасивні та активні суїцидальні думки були стабільно представлені в усіх нозологічних групах без достовірних міжгрупових відмінностей: при тривожно-депресивній реакції — 60,0 %, ГТР — 60,0 %, панічному розладі — 55,7 %, депресивному епізоді — 42,6 %, ПТСР — 38,3 %. Міжгруповий χ^2-тест підтвердив достовірну залежність варіанту суїцидальних тенденцій від нозологічної одиниці (χ^2 = 31,9295; p = 0,00009589; СС = 8). З порівняння статистичної значущості різниці між варіантами суїцидальних тенденцій встановлено, що суїцидальні спроби (p = 0,0001) та суїцидальні рішення і наміри (p < 0,0001) статистично достовірно частіше верифікували при депресивному епізоді; натомість достовірної різниці між пацієнтами з різними діагнозами у прояві пасивних та активних суїцидальних думок не виявлено (p = 0,4280).

Дослідження рівнів суїцидального ризику виявило його найвищі показники у двох нозологічних групах: ПТСР (41,7 %) та депресивний епізод (36,5 %), що формує концепцію «подвійного суїцидального полюса» в структурі стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців. Протилежна тенденція спостерігалась у групах із панічним розладом та ГТР, де статистично достовірно переважав низький рівень суїцидального ризику (p = 0,0032). Достовірних міжгрупових відмінностей у прояві середнього рівня суїцидального ризику не виявлено (p = 0,3251). Загальна залежність між нозологічною належністю та рівнем суїцидального ризику підтверджена високодостовірним результатом χ^2-тесту (χ^2 = 50,52; p < 0,00001; СС = 8), що свідчить про достовірну різницю в рівнях суїцидального ризику між групами залежно від діагнозу.

Окремого розгляду вартий стан самосвідомості смерті як ключового антисуїцидального бар'єра. Низький рівень цього показника зафіксовано у 72,2 % пацієнтів із ПТСР та у 68,7 % із депресивним епізодом, що у поєднанні з високим суїцидальним ризиком у цих групах формує вкрай несприятливий суїцидологічний профіль. Водночас високий рівень самосвідомості смерті статистично достовірно переважав саме при депресивному епізоді (p = 0,0322), що може свідчити про збереження певного захисного антисуїцидального бар'єра у частини пацієнтів цієї групи. Достовірних міжгрупових відмінностей за низьким (p = 0,2353) та середнім (p = 0,2873) рівнями самосвідомості смерті не виявлено. Загальна залежність між нозологічною одиницею та рівнем самосвідомості смерті залишається статистично значущою згідно з результатами міжгрупового χ^2-тесту (χ^2 = 15,69; p < 0,0469; СС = 8; за поправкою Єйтса p = 0,12), що підтверджує достовірну різницю в рівнях самосвідомості смерті між групами залежно від діагнозу

Аналіз психологічного підґрунтя формування суїцидальної поведінки у обстежених військовослужбовців виявив її детермінованість комплексом взаємопов'язаних чинників. Центральним психологічним механізмом суїцидогенезу є феномен «ментальної капітуляції» — стану, за якого особистісний ресурс пацієнта виявляється недостатнім для подолання психотравми. Нездатність впоратись із депресивними переживаннями, стійке відчуття безнадійності та суб'єктивне переживання самотності формують психологічне підґрунтя, на якому реалізується суїцидальна поведінка. Провідними зовнішніми чинниками суїцидогенезу у досліджуваній когорті були бойовий стрес як хронічний психотравматичний агент, соціальна фрустрованість та труднощі адаптації до змінених умов життєдіяльності в умовах тривалого збройного конфлікту.

За результатами дослідження систематизовано прогностичні фактори розвитку суїцидальної поведінки при стрес-асоційованих розладах у військовослужбовців. До клініко-психопатологічних предикторів суїцидального ризику віднесено тривожний та емоційно-лабільний варіанти депресивної симптоматики; помірний або тяжкий депресивний епізод за шкалою Монтгомері — Асберга; важкий депресивний епізод за шкалою Гамільтона; високі рівні загальної та особистісної тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна. До суїцидологічних предикторів віднесено високі показники суїцидального ризику; низькі показники самоусвідомлення смерті як антисуїцидального бар'єра; наявність серйозних суїцидальних намірів за Колумбійською шкалою. Виявлені предиктори можуть бути підґрунтям для розроблення диференційованих скринінгових протоколів оцінки суїцидального ризику у військовослужбовців із стрес-асоційованими розладами.

Отже, отримані дані переконливо свідчать про високу суїцидальну небезпеку стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців, водночас найбільш несприятливий суїцидологічний профіль встановлено у пацієнтів із ПТСР та депресивним епізодом. Поєднання високого суїцидального ризику з низьким рівнем самосвідомості смерті як антисуїцидального бар'єра у цих групах визначає їх як пріоритетні мішені для суїцидологічного моніторингу в системі військової психіатрії. Водночас встановлено, що пасивні та активні суїцидальні думки притаманні пацієнтам із усіма формами стрес-асоційованих розладів, що зумовлює доцільність суїцидологічної настороженості незалежно від нозологічної належності пацієнта.

Систематизовані в процесі дослідження прогностичні фактори суїцидального ризику, а саме: тривожний та емоційно-лабільний варіанти депресивної симптоматики, високі рівні особистісної тривожності, низькі показники самосвідомості смерті та наявність серйозних суїцидальних намірів за Колумбійською шкалою, можуть стати підґрунтям для розроблення

диференційованих скринінгових протоколів ранньої діагностики суїцидальної поведінки у військовослужбовців. Своєчасне виявлення цих предикторів та впровадження цілеспрямованих терапевтичних втручань є неодмінною умовою збереження психічного здоров'я та боєздатності особового складу Збройних Сил України в умовах тривалого збройного конфлікту.

Список літератури

1. Блінов О. А. Бойова психічна травма : монографія. Київ : Талком, 2019. 700 с.

2. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : Медкнига, 2023. 232 с.

3. Усик Д. Б. Психологічні особливості дезадаптації військовослужбовців — учасників бойових дій // Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія. 2024, вип. 1. С. 183—189. DOI: https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.32

4. Suicidal behavior as a result of maladjustment of servicemen to the conditions of military service in Ukraine / Mykhalchuk N., Pelekh Y., Kharchenko Y. [et al.] // Eur J Clin Exp Med. 2023. Vol. 21(1). P. 90—107. DOI: 10.15584/ejcem.2023.1.12

5. Кожина Г., & Сухарєва В. Феноменологія розладів, специфічно пов'язаних зі стресом війни, в учасників бойових дій // Медицина сьогодні і завтра. 2025. Т. 94 (1). С. 75—83. DOI: https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.1.kos

6. Глущук А., Кандибал А., & Оданельчук Н. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок війни у військовослужбовців та цивільних // Вісник Національного університету оборони України. 2024. Т. 82, № 6. С. 19—25. DOI: https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-82-6-19-25

7. Кожина Г. М., Зеленська К. О. Клінічна феноменологія стрес-асоційованих розладів в умовах повномасштабного вторгнення // Український вісник психоневрології. 2023. Т. 31, вип. 1 (114). С. 35—37. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-5

8. Мозальов В., Власенко Р. Соціально-психологічні чинники та напрями запобігання суїцидальної поведінки військовослужбовців в бойових умовах // Вісник Національного університету оборони України. 2023. Т. 75, № 5. С. 72—77. DOI: https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-75-5-72-77

9. Юр'єва Л. М. Суїцидальна поведінка при комплексному ПТСР: діагностика та профілактика // Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». 2024. № 10 (571). С. 30. Доступно: https://health-ua.com/article/78139-suyicidalna-povedinka-pri-kompleksnomu-ptsr-diagnostika-ta-profilaktika

References

1. Blinov OA. [*Combat mental trauma: monograph*]. Kyiv: Talkom, 2019. 700 p. (In Ukrainian).

2. Chaban OS, Khaustova OO, Omelianovych VIu. [*Mental disorders of wartime*]. Kyiv: Medknyga; 2023. 232 p. (In Ukrainian).

3. Usyk DB. [Psychological features of maladjustment of servicemen – participants in hostilities]. *Slobožans'kij naukovij vìsnik* [*Sloboda Scientific Journal. Psychology*]. 2024;(1):183-189. (In Ukrainian).

4. Mykhalchuk, N., Pelekh, Y., Kharchenko, Y., Ivashkevych, E., Zukow, W., Ivashkevych, E., & Yatsjuryk, A. Suicidal behavior as a result of maladjustment of servicemen to the conditions of military service in Ukraine. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2023;21(1):90-107. https://doi.org/10.15584/ejcem.2023.1.12

5. Kozhyna HM, Sukharieva VA. [Phenomenology of disorders specifically associated with war-related stress in combatants]. *Medicina s'ogodnì ì zavtra* [*Medicine Today and Tomorrow*]. 2025;94(1):75-83. doi: 10.35339/msz.2025.94.1.kos. (In Ukrainian).

6. Glushchuk AO, Kandybal AS, Odanelchuk NS. [Post-traumatic stress disorder as a consequence of war in military servants and civilians]. *Vìsnik Nacìonal'nogo unìversitetu oboroni Ukraïni* [*Bulletin of the National Defense University of Ukraine*]. 2024;82(6):19-25. doi: https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-82-6-19-25. (In Ukrainian).

7. Kozhyna HM, Zelenska KO. [Clinical phenomenology of stress-related disorders in conditions of full-scale invasion]. *Ukraïns'kij vìsnik psihonevrologìï* [*Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*]. 2023;31(1):35-37. https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-5. (In Ukrainian).

8. Mozalov V, Vlasenko R. [Social and psychological factors and directions of prevention of suicidal behavior of military servicemen in combat conditions]. *Vìsnik Nacìonal'nogo unìversitetu oboroni Ukraïni* [*Bulletin of the National University of Defense of Ukraine*]. 2023;75(5):72-77. 10.33099/2617-6858-2023-75-5-72-77. (In Ukrainian).

9. Yuryeva LM. Suicidal behavior in complex PTSD: diagnostics and prevention. *Medična gazeta "Zdorov'â Ukraïni 21 storìччâ"* [*Medical newspaper "Health of Ukraine 21 century"*]. 2024;10(571). https://health-ua.com/article/78139-suyicidalna-povedinka-pri-kompleksnomu-ptsr-diagnostika-ta-profilaktika. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 15.06.2026
Схвалено до друку 17.06.2026

Відомості про авторів:

КОЖИНА Ганна Михайлівна доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*; https://orcid.org/0000-0002-2000-707X; e-mail: amkozhyna888@gmail.com

ЗЕЛЕНСЬКА Катерина Олексіївна доктор медичних наук, доцент, професор кафедри*; https://orcid.org/0000-0002-9190-8211; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

ЧЕРНЕНКО Інна Олександрівна кандидат медичних наук, підполковник медичної служби, науковий співробітник кафедри*; https://orcid.org/0000-0003-2965-1950; e-mail: Super-passa@ukr.net

ІВЧУК Віктор Михайлович, полковник медичної служби, аспірант кафедри управління та адміністрування Вінницької академії безперервної освіти, м. Вінниця, Україна; https://orcid.org/0009-0006-8920-1934

* — кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету; м. Харків, Україна

Information about the authors:

KOZHYNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; https://orcid.org/0000-0002-2000-707X; e-mail: amkozhyna888@gmail.com

ZELENSKA Kateryna, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department**; https://orcid.org/0000-0002-9190-8211; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

CHERNENKO Inna, MD, PhD, lieutenant colonel of medical service, Senior Researcher of the Department**; https://orcid.org/0000-0003-2965-1950; e-mail: Super-passa@ukr.net

IVCHUK Viktor, colonel of medical service, Postgraduate Student of the Department of the Vinnytsia Academy of Continuing Education, Vinnytsia, Ukraine; https://orcid.org/0009-0006-8920-1934

** — Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine